Alain VARRAY, UFR STAPS Montpellier I

ROLE D'UNE PRATIQUE PHYSIQUE ADAPTÉE SUR LA PROBLEMATIQUE DE LA REPRESENTATION DE SOI ET DE L'IMAGEDU CORPS

1 - INTRODUCTION

Ce travail est initialement inspiré par une pratique pédagogique menée auprès d'enfants asthmatiques, depuis cinq ans à la piscine de la Motte-rouge, dans le cadre des activités proposées par l'association régionale des asthmatiques (A.R.A.) en coordination avec l'U.F.R. S.T.A.P.S. de Montpellier.
Cette pratique suscita de nombreuses questions, car, si l'homme de terrain à l'écoute des enfants et de leurs parents percevait des améliorations à divers niveaux (physique, affectif et moteur), ces constatations restaient imprécises (VARRAY, 1983).
Maints ouvrages étudient le problème posé par la pratique physique et (ou) sportive, notamment au niveau du bronchospasme d'effort (BOURGEOIS, 1980 ; CHANAUD, 1980 ; LESBROS, 1980 ; DE COSTER, 1982 ; GUEBELLE, 1982), mais peu abordent l'intérêt psychologique d'une pratique corporelle résolument orientée vers la réussite et la réinvestigation positive de son corps.
Les ouvrages allant dans ce sens semblent trop orientés sur la description d'une activité (CHEVAILLIER, 1982) ou abordent l'impact psychologique mais trop superficiellement (TERRAL et coll., 1982).
Cette étude devrait permettre d'engager une réflexion encore inexistante sur l'analyse explicative des activités physiques sur la corporalité de l'enfant asthmatique.

2 - REVUE DE LA LITTERATURE ORIENTATION DE L'ETUDE

S'il n'a pas été possible de définir un portrait type de l'enfant asthmatique, des constantes relationnelles furent néanmoins dégagées, tant au niveau des mères que des enfants.
MEIJER (1979, 1981) présente les mères des enfants asthmatiques comme étant souvent « déprimées, surprotectrices et dominatrices envers des enfants affectivement immatures, dépendants et insécurisés ii. Cette dépendance n'est cependant pas corrélée avec le degré de gravité de l'asthme.
Ceci permet de comprendre avec DARLAS (1973) que l'enfant surprotégé n'est « ni rassuré, ni encouragé à s'affirmer dans son corps », d'où les problèmes d'autonomie subséquents.

Citons également les travaux de WILLIAMS (1975) très éclairants sur le conflit dépendance-indépendance de l'enfant asthmatique, mettant notamment en évidence des perturbations du niveau d'aspiration liées à la présence ou à l'absence de la mère.
Plus récemment, HILLIARD (1983) confirme la difficulté des enfants asthmatiques à se fixer des objectifs et à les atteindre, ceci mis en relation avec le climat familial.
Un autre aspect essentiel développé dans la littérature concerne le problème posé par le contrôle émotionnel des enfants asthmatiques. DUBOIS (1982, 1983) et PINKUS (1983) mettent en exergue un haut niveau d'irritabilité, d'anxiété et d'auto-agression, ceci pouvant expliquer les difficultés d'adaptation et le dysfonctionnement des mécanismes régulateurs de l'émotion.
La maladie apparaît comme étant « un traumatisme, une atteinte à l'image du corps et à l'image de soi.., une menace d'abandon et de morcellement du corps» (BEAUCHESNE, 1985). En définitive, le rapport au corps est vécu sur la base d'une limitation et d'un traumatisme.
Or, BRUCHON-SCHWEITZER (1984) a démontré que « les sentiments favorables vis-à-vis du corps se révèlent prédictifs des sentiments favorables portés au soi, quelles que soient les estimations globales ou particulières de ces concepts ».
Des travaux menés sur de jeunes adultes normaux ou déficients mentaux par PERRON (1979) BRUCHON-SCHWEITZER (1984), font état des corrélations très nettes entre :

perception qu'un sujet a de son corps et représentation que le sujet a de lui,
satisfaction corporelle et estime de soi.

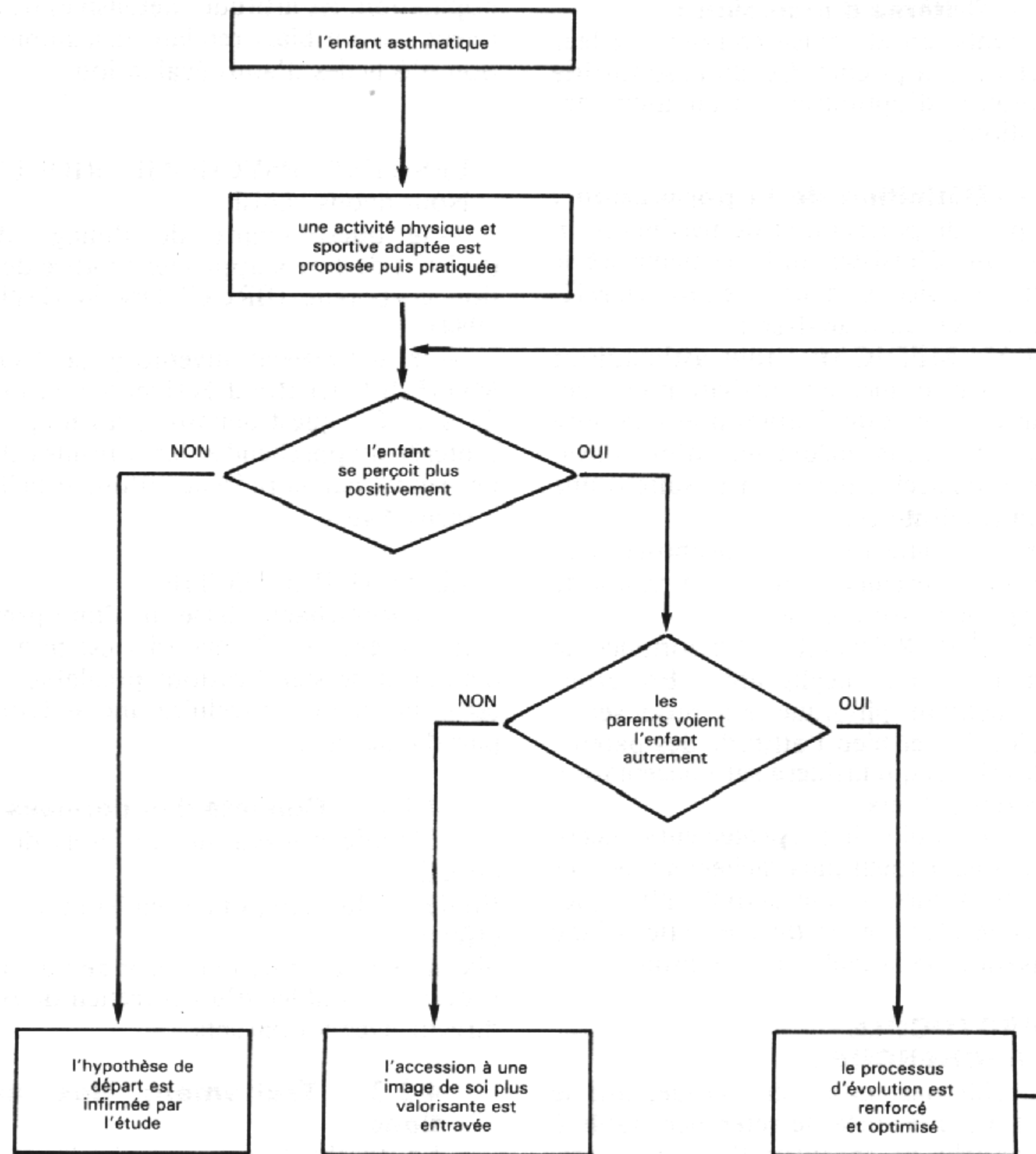
Les activités physiques et sportives semblent agir à court terme en abaissant d'abord le niveau d'anxiété (SEEMAN, 1978), (MORGAN, 1980), puis en augmentant à plus long terme l'estime de soi (BROWN, 1978).
EIDE, FASTING, INGEBRETSEN (1982) concluent que l'activité physique entraîne un changement de l'image du corps, ce qui provoque un changement de l'image de soi, le sujet étant par conséquent plus proche de son « image idéale ».
Cependant, aucune étude n'a été réalisée sur des enfants asthmatiques présentant pourtant une problématique corporelle des plus évidentes (angoisse liée au souffle, activité physique contrariée voire inexistante).
Cette rapide revue de la littérature permet de comprendre que notre étude se limitera à l'exploration des facteurs susceptibles d'expliquer le ré-investissement positif de son corps par l'enfant asthmatique :

- diminution de l'anxiété ;
- évolution des processus défensifs ;
- modification valorisante de l'image du corps ;
- remaniement de l'estime de soi.

Mais en raison de la problématique familiale évoquée précédemment, cette étude ne semblerait pas complète si elle n'incluait pas le rôle du regard des parents sur l'enfant dans la dynamique entraînant une augmentation de l'estime de soi.

3 - HYPOTHESES DE TRAVAIL:

Une activité physique adaptée agit positivement sur l'image du corps de l'enfant asthmatique, lui permettant d'accéder à une perception corporelle plus valorisante rendant possible une meilleure représentation de soi.
Cette hypothèse sera complétée par la suivante : l'enfant se transformant va devenir « autre ii pour ses parents qui, à leur tour, vont lui renvoyer une image valorisante de lui-même, lui permettant de reconnaître comme véridique cette transformation. Ainsi seront créées les conditions d'une véritable dynamique interactive positive.
Cette doule hypothèse relative à deux champs en inter-pénétration :
- l'enfant ;
- les interactions parents-enfant ; peut-être résumée schématiquement sous la forme de l'algorithme suivant :



4 - METHODOLOGIE :

4-1 - POPULATION :
L'étude portera sur six enfants:
- moyenne d'âge = 8, 6 $\pm$ 1,36 ;
- âges extrêmes = 7 - 10 ans.
Ces enfants pratiquent la natation à raison de deux fois une heure par semaine.

Dans cette étude aucune population témoin n'a été constituée car le groupe est son

propre témoin. Il s'agit de montrer ici que les activités physiques adaptées agissent positivement sur la problématique corporelle de ces enfants.
D'autre part, l'intervalle pré et post-test est jugé trop court pour que les transformations éventuelles puissent être imputées à la seule maturation génétique des enfants (DE ROMANO, 1975 ; COOPERSMITH, 1971).

4-1-1 - Critères d'Inclusion :
Les enfants seront choisis en raison de leur arrivée récente à la piscine. Ce choix se justifie par la volonté d'optimiser l'évaluation des transformations.

4-1-2 - Définition de la population :
Pour plus de précision et de pertinence, il paraît nécessaire d'insister sur la particularité de la population étudiée. Ceci peut se faire en référence à deux niveaux d'analyse :
-NIVEAU MEDICAL : tout asthmatique ne pourra pas pratiquer une activité physique, même adaptée. L'état de l'enfant doit répondre à certains impératifs médicaux, d'où l'aval donné par le médecin, parfois à la suite d'une rééducation respiratoire.
Néanmoins, la natation sera proposée aux enfants les plus durement atteints en raison de son caractère peu asthmogène.
-NIVEAU PARENTAL : l'importance de cet aspect n'est pas négligeable. En effet, lorsqu'une activité physique est proposée à l'enfant, c'est bel et bien l'attitude des parents vis-à-vis de celle-ci qui influera sur l'acceptation ou le refus des enfants.

Les parents les moins hyperprotecteurs acceptent vraissemblablement plus facilement de voir leurs enfants pratiquer une activité physique. En effet, cette attitude est déjà le reflet d'une dédramatisation de la maladie de l'enfant.

4-2 - PROTOCOLE DE LA RECHERCHE :
Nous considérons, dans cette étude, que le corps constitue une sorte de référence stable à partir de laquelle se constitue l'image de soi. Cette image de soi « a trait aux perceptions que l'enfant a de son corps (image corporelle, soi somatique)... C'est en somme un ensemble d'images différentes et juxtaposées parmi lesquelles l'enfant se reconnaît petit à petit » (L'ECUYER, 1978).
Ces perceptions que l'enfant a de lui-même présentent des interrelations qui lui échappent en partie. « Ces perceptions vont s'organiser progressivement en un tout plus global et cohérent (L'ECUYER, 1978). La représentation de soi se dessine petit à petit se définissant comme « la somme ou la combinaison.., des caractéristiques personnelles que le sujet s'attribue » (PERRON, 1971).
Ceci permet de comprendre pourquoi nous avons choisi un matériel psychométrique se basant sur des auto-évaluations. Il nous a paru cependant judicieux de compléter notre batterie psychométrique par un test projectif réputé pour sa fiabilité afin de vérifier si, sur ce type de population, les attitudes défensives ne représentaient pas un biais rendant discutable l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation.

LES TESTS PSYCHOMETRIQUES :
Nous avons choisi :
- le questionnaire de l'image du corps (Q.I.C.) destiné à apprécier l'indice de satisfaction corporelle (BRUCHON SCHWEITZER, 1984) ;
- le self-esteem inventory de COOPERSMlTH (S.E.I.) afin d'évaluer le niveau d'estime de soi. Ce questionnaire présente, en outre, l'intérêt d'appréhender les attitudes défensives des sujets par la présence d'une échelle dite de « mensonge ».

LE TEST PROJECTIF :
- le Rorschach : basé sur l'interprétation de taches d'encres. Ce matériel est non verbal et dépourvu de significations préalables. Le sujet est donc invité à produire une activité d'ordre paradigmatique.

4-2-1 - Collecte des données :
L'étude portera sur six mois de pratique effective.
En début du cycle, une première passation sera effectuée.
Six mois plus tard, une seconde passation sera proposée, doublée d'un entretien de type semi-directif avec les parents.

4-2-2 - Traitement des Informations :
Le Roschach sera analysé selon trois axes :
- interprétation dynamique classique (BEIZMANN 1966) réalisée « en aveugle » par une psychologue compétente en matière de protocoles d'enfants (*).
- la cotation « barrière-pénétration » de FISCHER et CLEVELAND (1968) ;
- la grille de représentation de soi (RAUSH DE TRAUBENBERG, SANGLADE, 1984).
L'entretien semi-directif sera enregistré sur bande magnétique, dactylographié, puis traité par une analyse de contenu de type thématique (BARDIN, 1977 ; MUCCHIELLI, 1979). Après codification, chaque thème sera quantifié par le nombre de mots s'y rapportant.
De plus, une échelle d'attitude destinée à appréhender la favorabilité des parents par rapport aux pratiques corporelles sera réalisée par la technique de l'evaluative assertion analysis (E.A.A.) d'OSGOOD et SAPORTA (BARDIN, 1977).
Les tests psychométriques seront cotés en référence aux manuels d'utilisation diffusés par les auteurs.

5 - RESULTATS :

5-1 - LE TEST PROJECTIF DE RORSCHACH :

5-1-1 - Evolution des protocoles :
Dans le cadre de notre recherche, nous ne soulignons que les aspects directement en rapport avec notre problématique de la représentation de soi et de la représentation du corps. Chaque protocole a cependant été analysé sur le plan

clinique, dans toutes ses dimensions quantitatives, qualitatives et structurales.
Au niveau de la représentation du corps, les premiers protocoles ont montré que quatre enfants, sur les six étudiés, présentaient des perturbations au niveau de l'intégrité corporelle : difficultés d'accession à une image corporelle unifiée et stable.
La seconde passation montre une nette évolution à ce niveau avec une reconnaissance plus facile du corps dans sa totalité et une diminution des projections destructurées (cassées, détachées, tombées, déchirées...).
La socialisation, l'identification aux autres sont nettement en évolution et l'accession à une identité propre, à une image de soi précise, est rendue possible (banalité humaine à la planche III).
Les protocoles soulignent que l'évolution de l'estime de soi, l'accès à la représentation de soi apparaissent bien parallèlement à une construction d'un corps propre unifié qui se constitue dans le rapport à autrui (banalité classique à la plache V).

(*) *Mme BOURDIOL, psychologue au C.H.R. Gui de Chauliac, Montpellier.*

La passation des planches dans un intervalle de six mois nous autorise à penser que ces évolutions ne sont pas imputables à la seule maturation des individus, comme le montrent les travaux sur l'évolution génétique des protocoles d'enfants (DE ROMANO, 1975).
Signalons également la réduction très sensible des temps moyens de réaction lors de la deuxième passation, signe d'une diminution de l'inhibition, de l'angoisse intérieure, débouchant sur des défenses moins rigides et une adaptation plus facile.

m1 = 33,3 s ± 19,8 m2 = 14 s ± 7,6

5-1-2 - La grille de représentation de soi :
LES CONTENUS : (éléments de la première colonne). Pour l'ensemble des tableaux, 01/86 désignera la première passation et 06/86 la date de la seconde passation.

	(H) monde humain	(A) monde animal	(O) monde inanimé
01/86	27 %	42 %	31 %
06/86	23,2 %	43,8 %	33 %

Tableau 1 : SYNTHESE DES ELEMENTS DE LA PREMIERE COLONNE

Les contenus H, A et 0 se répartissent de façon stable entre les deux passations.
Au niveau des contenus humains, il nous a paru judicieux de prendre en compte l'aspect entier ou parcellaire.

	H	Hd
01/86	37 %	63 %
06/86	50 %	50 %

TABLEAU II : REPARTITION DES H et DES Hd. H = Humain entier Hd = partie d'humain

En raison du nombre réduit de réponses, l'intervalle de confiance de ces pourcentages ne permet pas d'affirmer que cette tendance est significative.
Sur le plan qualitatif, il est cependant possible d'émettre l'hypothèse d'une baisse de l'anxiété (l'abondance des Hd par rapport aux H indique des préoccupations anxiogènes).

	6	7	8	10	12	15	16	80
01/86	1 %	10,4 %	2 %	4,5 %	76,6 %	1,5 %	1,5 %	2,5 %
06/86	/	9,6 %	0,4 %	1,6 %	81,2 %	0,4 %	/	5,2 %

Tableau III : SYNTHESE DES ELEMENTS DE LA DEUXIEME COLONNE

6 = interaction actif/passif de dépendance
7 = action simple et posture impliquant K, Kan ou Kob
8 = action à caractère agressif
10 = action subie
12 = dénomination simple et posture n'impliquant pas K, Kan ou Kob
15 = être humain ou animal mort
16 = image incomplète
80 = caractère agressif ou menaçant sans action.

Il y a stabilité globale dans la répartition des différents éléments avec une légère diminution des items exprimant une forte angoisse (items 15 et 16).

Le mode interactif agressif n'est jamais utilisé (items 2 et 5). Seuls les items 8 (action à caractère agressif), 10 (action subie) et 80 (caractère menaçant sans action) sont employés.

« AGRESSIVITE »	01/86	06/86
(en % du total)	8,85	7,22

	01/86		06/86
item 8	4		1
item 10	9		4
item 80	5		13
X2		8,36	
p		.02	

Tableau IV : REPARTITION DES ITEMS «AGRESSIVITE » EMPLOYES

Le pourcentage d'agressivité exprimée reste stable autour d'une valeur approximative de 8 fié du contenu total. Mais il existe une variation significative dans leur répartition. La forte proportion d'agressivité subie de la première passation décroît au profit du caractère menaçant des perceptions (sans action). L'agressivité franche (item 8) est aussi en régression.

5-3 - La cotation « barrière-pénétration » de FISCHER et CLEVELAND

Nous obtenons une variation globale significative au tableau V que nous précisons au tableau VI par une vérification critère par critère en utilisant la méthode de la comparaison de l'écart standard (Sdq) à la différence des pourcentages obtenus (dq).

	01/86	06/86
Barrière	140	212
Pénétration	28	26
Barr. et pénétr.	21	12
X2	8,95	
p	.02	

Tableau V :REPARTITION DES SCORES « BARRIERE » et « PENETRATION »

	Barrière	Pénétration	Barr. et pénétr.
01/86	74 %	14,8 %	11,2 %
06/86	84,8 %	10,4 %	4,8 %
Sdq	0,0374	0,0313	0,0253
p	.01	N.S.	.05

Tableau VI : EVOLUTION DES SCORES « BARRIERE » ET « PENETRATION »

Nous constatons donc une diminution des scores mixtes au profit des scores «barrière», témoins d'une définition claire et stable de soi.

5-2 - L'INVENTAIRE D'ESTIME DE SOI

	01/86		06/86		Ecart des
	m	v	m	v	variances
Générale	17	23,71	17,8	9,73	N.S.
Sociale	4,6	1,06	5,2	0,57	N.S.
Familiale	6,5	1,48	6	1,98	N. S.
Scolaire	6	6,76	6,3	1,46	N.S.
Totale	34,3	71,4	35,3	11,56	S. à .05
Mensonge	2,3	3,45	1,8	2,16	N.S.

Tableau VII : PROFIL DU GROUPE SUR LE S.E.I.

Ces résultats tendraient à prouver que ces sujets présentent une très bonne « estime de soi », indice stable entre les deux passations. Il faut être cependant vigilant car ces résultats globaux ne tiennent pas compte des attitudes défensives des sujets testés. En effet, si le groupe est scindé en deux en fonction des notes obtenues à l'échelle mensonge, on obtient :

	Groupe à score « mensonge » élevé	Groupe à score « mensonge » bas
Générale	19,6	14,6
Sociale	4,6	4,6
Familiale	6,6	6,3
Scolaire	7,3	4,6
Totale	38,3	30,3

Tableau VIII : MOYENNE DES NOTES AU S.E.I. / NOTES MENSONGES

Les sujets à score « mensonge » haut ont tendance à surévaluer leurs notes aux différentes échelles, rendant aléatoire toute explication globale.
Nous obtenons par contre une diminution systématique des variances qui provoque un écart significatif sur la note « totale ».
Le groupe paraît jouer le rôle d'un pôle identificateur que la structure factorielle de cette échelle nous permet de préciser :

	01/86		06/86		Ecart des
	m	v	m	v	variances
F1	10,6	7,07	10,5	3,16	N.S.
F2	8,8	4,62	10	0,81	S. à .05
F3	7	7,18	7	2,01	N.S.

Tableau IX : NOTES FACTORIELLES AU S.E.I.

F1 = estime de soi familiale F2 = estime de soi sociale F3 = estime de soi scolaire
Nous pouvons donc en conclure que ce phénomène d'identification intéresse essentiellement la dimension sociale de l'estime de soi.

5-3 - LE QUESTIONNAIRE DE L'IMAGE DU CORPS :

	01/86		06/86	
	m	v	m	v
Indice D.S.C.	8,6	9,08	11,1	4,98

Tableau X : PROFIL DU GROUPE AU NIVEAU DE L'INDICE DE SATISFACTION CORPORELLE

Une augmentation globale non significative est obtenue. Les premiers scores se situent dans la moyenne puis croissent pour se stabiliser autour d'une bonne appréciation de sa corporalité.

	Sujets à score «mensonge » haut		Sujets à score «mensonge » bas	
	m	v	m	v
01/86	10,3	10,35	7	4

Tableau XI : INDICE D.S.C. AU 01/86 EN FONCTION DES ATTITUDES DEFENSIVES

Nous obtenons également comme précédemment une uniformisation des opinions du groupe ainsi qu'un clivage, en fonction des attitudes défensives des enfants

testés.

5-4 - LES ENTRETIENS AVEC LES PARENTS :

Les tableaux suivants présentent les résultats des entretiens après analyse de contenu. Le « groupe A » représente les parents dont les enfants ont arrêté la pratique en cours d'année et le « groupe P » les parents dont les enfants ont poursuivi la pratique durant toute l'année.

	Groupe A	Groupe P	Sdq	p
L'enfant malade	21 , 8 %	3 5, 1 %	0, 0074	.01
L'enfant et sa famille	27,7 %	18,7 %	0,0071	.01
L'enfant et la natation	50,5 %	46,2 %	0,0086	.01

Tableau XII : IMPORTANCE RELATIVE APPORTEE AUX DIFFERENTS THEMES

Il existe une différence significative sur l'importance quantitative apportée à chaque thème. Le groupe A évite davantage de parler de l'enfant malade et privilégie les thèmes «famille» et « natation ».

	Groupe A		Groupe P			
					Sdq	P
	r	q	r	q		
Sentiments -/ maladie	232	21,5 Vo	1765	59,3 %	0,0177	.01
Sentiments +/ maladie	224	20,7 Vo	668	22,4 %	0,0146	NS
Sentiments -/ l'enfant	595	55,1 Vo	544	18,3 %	0,0159	.01
Sentiments +/ l'enfant	28	2,7 Vo	/	/	/	/

Tableau XIII : CATEGORIES SE RAPPORTANT AU THEME DE L'ENFANT MALADE

Quand le groupe A évoque le thème de l'enfant malade, les opinions péjoratives sont dirigées vers l'enfant alors que le groupe P les dirige vers la maladie. Les parents de ce groupe réussissent à éviter l'amalgame entre « l'enfant » et « l'enfant malade ». La maladie est ressentie comme un événement douloureux provoquant angoisse et incertitude. Pour le groupe A, l'asthme transforme l'enfant en un être complexé, agressif et hyperémotif.

	Groupe A		Groupe P		Sdq	P
	r	q	r	q		
Jugements + / enfant	/	/	377	23,8 %	/	/
Jugements - / enfant	414	30,2 %	191	12,1 %	0,0148	.01
Discours plaintif	124	9 %	425	26,8 %	0,0143	.01
Aspect psychol.de l'asthme	228	16,6 %	251	15,8 %	0,0134	NS
Protéger l'enfant	404	29,5 %	270	17,1 %	0,0154	.01
Enfant = source de conflit père-mère	199	14,5 %	69	4,4 %	0,01	.01

Tableau XIV : CATEGORIES SE RAPPORTANT AU THEME DE L 'ENFANT DANS SA FAMILLE

Nous retrouvons à nouveau des différences significatives sur certains thèmes du discours. Le groupe A émet des jugements franchement négatifs envers les enfants, est plus hyperprotectif et perçoit beaucoup plus fortement l'enfant comme une source de conflits dans le couple.

	Groupe A		Groupe P		Sdq	p
	r	q	r	q		
Impact + de la pratique	456	18,3 %	2112	54 %	0,0124	.01
Impact - de la pratique	1318	52,8 %	393	10 %	0,0112	.01
Relation asthme-natation perçue	385	15,5 %	935	23,9 %	0,0102	.01
Relation asthme-natation ignorée	/	/	45	1,1 %	/	/
Enfant identifié aux parents	235	9,4 %	110	2,8 %	0,0057	.01
Divers	100	4 %	319	8,2 %	0,0062	.01

TABLEAU XV : CATEGORIES RELATIVES AU THEME DE L'ENFANT ET LA NATATION

Le groupe P consacre plus de la moitié de son discours à mentionner les progrès de l'enfant, le plaisir qu'il éprouve quand il nage.
Cela appelle deux remarques essentielles :
- Sur ce thème, le groupe P fait preuve de beaucoup plus d'empathie, essayant de se mettre à la place de l'enfant alors que le groupe A aborde ce thème sur la base de ce que lui inspire la natation et en réalisant une véritable projection de ses désirs sur l'enfant.
- On observe un changement radical dans la dominante du discours du groupe P. Primitivement basé sur l'importance de la maladie dans la vie de l'enfant, il laisse place à un corps ressenti comme capable, épanoui et en progrès. Tout se passe comme si cette transformation était rendue plus facile pour ce groupe qui, dès le départ, distinguait l'enfant de sa maladie.

6 - DISCUSSION :

Le cadre de référence que nous avions présenté au début de l'étude semble avoir été opérant puisque nous obtenons simultanément une augmentation de la satisfaction corporelle et la représentation de soi.
En effet, bien que le biais des attitudes défensives sur le matériel psychométrique (notes «mensonges») ne permette pas d'obtenir des variations significatives, l'analyse des tableaux VII, VIII, X et XI dégage une tendance à l'amélioration de l'estime de soi et de la satisfaction corporelle. Le fait d'obtenir de meilleurs scores aux deuxièmes passations, alors que les attitudes défensives (provoquant une augmentation artificielle des notes) diminuent, nous autorise à penser qu'il y a eu réellement une augmentation de l'estime de soi et de la satisfaction corporelle, même si la preuve statistique n'a pu être fournie (échantillon trop réduit).
Nous avons donc pu constater l'inadéquation du matériel psychométrique qui n'est pas à l'abri de la volonté des enfants testés de donner une bonne image d'eux-mêmes. A cet égard, l'échelle « mensonge » du S.E.I. est d'une importance capitale pour l'interprétation des résultats. Le matériel projectif nous a fourni des données beaucoup plus « réalistes » au regard des observations des enfants durant les séances de natation. Ceci prouve que, sur ce type de population, l'investigation doit se faire à un niveau plus profond, ce qui justifie l'emploi du matériel projectif.
Ce matériel nous a permis d'apprécier d'importants remaniements au niveau de la représentation de soi. Plusieurs résultats observés au Rorschach indiquent d'importantes améliorations tant qualitatives que quantitatives ayant trait à la problématique corporelle :
- diminution des projections destructurées
- inversion de la tendance à privilégier les projections humaines partielles (Hd) par rapport aux formes humaines totales (H)
- apparition des H aux planches III et VII en parallèle avec les banalités de la planche V, ce qui souligne selon les spécialistes l'amélioration de la représentation de soi et des possibilités de relations interpersonnelles
- diminution significative des scores mixtes « barrière et pénétration » au profit des scores « barrière », témoins d'une définition claire et stable de soi (tableau VI).
Ces résultats soulignent l'importance de la construction d'une image du corps pré-consciente unifiée dans les processus permettant à l'individu de créer des liens avec autrui.

Les processus défensifs rigides lors de la première passation se sont atténués pour permettre une meilleure adaptation aux situations nouvelles (réduction des temps moyens de réaction au Rorschach). Ce phénomène est accompagné d'une diminution de l'angoisse intérieure comme le montrent les protocoles et l'évolution du mode d'entrée en relation avec l'objet (tableaux III et IV). En effet, et conformément à la littérature consacrée à ce sujet (15, 16, 26), le mode interactif agressif n'est jamais utilisé (items 2 et 5). Seuls les items 8 (action à caractère agressif), 10 (action subie) et 80 (caractère menaçant sans action) sont utilisés.

Lors de la seconde passation, les items les plus porteurs d'angoisse face au monde extérieur - les 8 et 10 - décroissent de façon significative pour laisser l'item 80 occuper une position majoritaire.
Ce constat mérite deux commentaires :
- d'une part, il est constaté une meilleure adaptation face au monde extérieur car celui-ci devient moins angoissant, moins directement agressif
- mais d'autre part, cette « réussite » reste en demi-teinte dans la mesure où l'enfant ne développera pas un mode agressif dans ses attitudes avec le monde extérieur. Même si celui-ci devient moins menaçant, il reste un milieu où l'enfant asthmatique ne risquera pas sa propre agressivité.

L'étude détaillée des tableaux VII, IX et X met en évidence l'action polarisante du groupe au niveau des auto-appréciations de chacun de ses membres. En effet, l'écart des variances décroît systématiquement entre les deux passations. Il semble donc que le groupe soit porteur d'une norme autour de laquelle tous ses participants vont réguler leurs auto-appréciations. Dans la mesure où cette norme est positive, elle joue certainement un rôle non négligeable dans l'évolution des problématiques corporelles. Cette constatation est renforcée par le fait que le rôle « polarisant » du groupe intervient préférentiellement dans les composantes sociales des auto-appréciations.

Les entretiens avec les parents ont montré l'importance des représentations qu'ils avaient sur leurs enfants. Tout porte à penser que les enfants abandonnent très vite si leur milieu familial ne perçoit pas un changement relatif à leur corporalité.
Il est intéressant, à ce titre, de noter que les enfants du groupe A qui présentent les attitudes défensives les plus rigides (Rorschach, S.E.I.), donnent les notes les plus élevées à l'échelle familiale du S.E.I., et sont décrits négativement par leurs parents (tableau XIV). Cela illustre parfaitement le type de réaction mis en place par l'enfant pour lutter contre la dépréciation dont il est l'objet : agressivité extériorisée vis-à-vis de sa famille et dissimulation massive devant le regard d'autrui. Dès lors, il est aisé de comprendre pourquoi le matériel psychométrique n'a pas été aussi performant que nous l'espérions.
Il n'en reste pas moins vrai que les représentations des parents constituent un facteur essentiel sur la possibilité laissée à l'enfant de se percevoir de façon plus valorisante (confirmation de l'algorithme présenté figure 1).
Le dernier constat apporté par ces entretiens est en fait un résultat inattendu : nous pensions, au début de cette étude, que l'attitude des parents vis-à-vis des pratiques corporelles était de nature à influer sur les résultats des enfants. Or, l'échelle suivante nous montre qu'il n'en est rien. Les parents peuvent être très favorables à la pratique de leur enfant tout en étant critiques quant aux pratiques corporelles en général, et réciproquement.

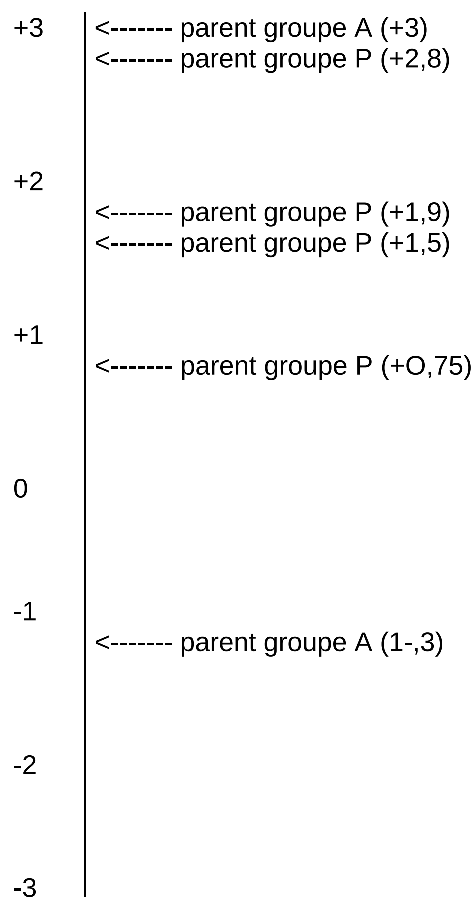


Figure 2 : attitude des parents vis-à-vis des pratiques corporelles (réalisation par la technique de l'E.A.A.).

Il semble plutôt que la pratique corporelle de ces enfants soit due au caractère hygiénique favorable reconnu pour cette activité sans que cela préjuge de l'avenir de cette pratique (le discours des parents sur les pratiques corporelles est saturé en données relatives à la santé et au mieux être).

En conclusion, il semble que les affects parentaux devant l'activité de leur enfant prédominent sur les représentations des pratiques corporelles.
L'analyse détaillée des entretiens avec les parents justifierait à elle seule un article. Aussi avons-nous préféré nous limiter aux constatations les plus immédiates afin de ne pas surcharger cet exposé. L'idée force qui s'est imposée à nous, reste que l'action du pédagogue ne doit pas se limiter aux seules séances de natation. L'enseignant doit être le témoin de l'activité de l'enfant auprès des parents. Cette action faisant suite à son enseignement est, à notre sens, un gage de réussite de l'action entreprise avec l'enfant.

La grande carence de cette étude sur les entretiens avec les parents est de ne tenir

compte que des représentations en fin d'année. Ceci nous empêche de déterminer si l'attitude tendant à amalgamer l'enfant et sa maladie est un prédicteur d'échec ou un constat d'échec. Seuls des entretiens réalisés en début d'année auraient pu nous fournir cette réponse.

7 - CONCLUSION :

Cette étude est limitée du fait du petit nombre de sujets testés.
Nous rappelons cependant que le but de cette étude était de porter un regard clinique, donc dynamique et individuel, sur l'enfant asthmatique en situation de transformation.
L'objectif était donc davantage de comprendre ces évolutions plutôt que de les expliquer.
De plus, cette approche nous fournit les bases méthodologiques nécessaires pour entreprendre des investigations sur un plus grand nombre de sujets en tenant compte des limites de validité des instruments employés sur ce type de population.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ALBY J.M., WOLLFROMM R - A propos de la relation mère-enfant dans l'asthme, Rev. *Méd*. *Psychosom*., (1962), 4, 4, 385-389.

2 - BARD IN L. - L '*analyse de contenu*, Paris, PUF, 1977.

3-BEAUCHESNE H. - La psychologie médicale, in MATHIEU J., THOMAS R. *Manuel de psychologie*, Paris, Vigot, 1985.

4 - BEIZMANN C. - *Livret des cotations de formes dans le Rorschach*, Paris, éditions du centre de psychologie appliquée, 1966.

5 - BOURGEOIS J.M. et ai. - *Le sport et l'enfant*, Montpellier Euromed, 1980.

6 - BROWN R.S. - The prescription of exercice for depression, *Physic*. *Sport Med*., (*1978*), *35*-45.

7 - BRUCHON SCHWEITZER M. - *Corps et personnalité*, thèse d'état lettres et sciences humaines, Paris X Nanterre, 1984.

8 - BRUCHON SCHWEITZER M. - Les activités physiques, leurs effets psychologiques, in « *anthropologie des techniques du corps*», actes du le colloque international de la revue STAPS, (1974), 49-62.

9 - CHANAUD G. - *Intérêt de la natation dans la rééducation du jeune asthmatique*, mémoire médecine du sport, Montpellier, 1980.

10 - CHEVAILLIER J. - Activités physiques pour enfants asthmatiques, in DE POTTER
J.C., *Asthme et activités physiques*, Bruxelles, éd. univ. de Bruxelles, (1982), 71-78.

11 - COOPERSMITH - *Manuel d'utilisation du Self Esteem inventory*, Paris, éditions du centre de psychologie appliquée, 1971.

12 - DARLAS F. - Les asthmatiques, *Rev*. *Psychosom*. *Psych*. méd., (1973), 15, 1, 59-64. 13 - DE BOUCAUD M. - *Psychosomatique de l'enfant asthmatique*, Bruxelles, Mardaga, 1985.

14 - DE COSTER A. - L'asthme d'effort, in de DE POTTER J.C., *Asthme et activités physiques*, Bruxelles, éd. univ. de Bruxelles, (1982), 41-50.

15 - DE ROMANO G. - *L'enfant face au test de Rorschach*, Rouen, PUF, (1975), 47-98.

16 - DUBOIS N. - Test de Rorschach et étude des régulations émotionnelles, *Bull*. *Psych*., (1982-1983), 36, 361, 772-786.

17 - DUBOIS N. - Etude des possibilités du contrôle émotionnel des asthmatiques, Rev. *Méd*. *Psychosom*. *Psych*. *Méd*., (1982), 24, 1, 87-107.

18 - EIDE R. - The relationship between body image, self-image and physical activity, *Scand*. *J*. *Soc*. *Med*. (1982), 109-l12.

19-FASTING K. - Leisure time, physical activity and some indice of mental health, *Scand*. *J*. *Soc*. *Med*., (*J982*), II 3-119.

20 - FISCHER S., CLEVELAND S.E. -*Body image and personality*, New-York, Dover publication inc., 1968.

21-GUEBELLE F. - Tolérance à l'effort d'un enfant asthmatique, in DE POTTER J.C. - *Asthme et activités physiques*, Bruxelles, éd. univ. de Bruxelles, (1982), 37-39.

22-HILLIARD J.P, et al. - Goal-setting behaviour of asthmatic, diabetic and healthy children, *Child Psychiatr. Hum.* Dev. (1982l983), 13, 1, 35-47.
23 - INGEBRETSEN R. - The relationship betwenn physical activity and mental factors in elderly, *Scan. J.* Soc. Med., (1982), 153-159.
24 - L'ECUYER R. - *Le concept de* soi, Paris, PUF, 1978.
25 - LESBROS D. - *L'enfant asthmatique et le sport*, mémoire médecine du sport, Montpellier, 1980.
26 - MEIJER A. - L'asthme de l'enfant, *Rev. Méd. Psychosotn.*, (*1979*), 21, 3, 361-368.
27 - *MEIJER A. - A contolled study of asthmatic children an their families. Synopsis of Findings, Psychiatr. Relat.* Sci., (1981), 18, 3, 197-208.
28 - MUCCHIELLI R. - *L'analyse de contenu*, Paris, ESF, 1979.
29 - MORGAN W.P. - Use of exercice as a relaxation technique, *Prim. Cardiol.*, (1980), 6-48.
30 - PERRON R. - Représentation de soi, in Les *débilités mentales*, Paris, collection U, (1979), 310-379.
31- PERRON R. - *Modèles d'enfants*, *enfants modèles*, Paris, PUF, 1971.
32 - PINKUS L. et al. - Dimensioni psicodmamice dell'asma infantile, *Médicina Psicosomatica*, (1983), 28, 2, 139-147.
33-RAUSCH DE TRAUBENSERG N., SANGLADE A. - Représentation de soi et relation d'objet au Rorschach ; grille de représentation de soi, *Rev. Psych. Appl.*, (1984), 34, 1, 41-57.
34- SANGLADE A. - Image du corps et image de soi au Rorschach, Psych. Franç., (1983), 28, 2, 104-110.
35 - SEEMAN J.C. - *Changes in state anxiety following vigourous exercice*, MS theses, university of Arizona, 1978.
36 - TERRAL C. et al. - Réhabilitation de l'enfant asthmatique par le sport ; aspects éducatifs et rééducatifs, in POTTER J.C. *Asthme et activités physiques*, Bruxelles, éd. univ. de Bruxelles, 1982, 65-70.
37 - VARRAY A. - *Asthme et natation*, *projet pédagogique*, *répercussions physiques et psychologiques*, mémoire maîtrise S.T.A.P.S. mention réadaptation, Montpellier, 1983.
38 -WILLIAMS J.S. - Aspects of dependance - independence conflict in children with asthma, *Journ. ChiidPsych. Psychiatr.*, (*1975*), *16*, *3*, *199*-218.